

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA RUPTURE DES PYOSALPINX EN PÉRITOINE LIBRE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le mardi 21 Décembre 1937

PAR

Louis-Marie-René BRISBARE

Elève du Service de Santé de la Marine
né à Nantes (Loire-Inférieure), le 28 octobre 1912.

Examineurs de la Thèse

{	MM. GUYOT, professeur	<i>Président.</i>
	DUVERGEY, professeur	{ <i>Juges.</i>
	JEANNENEY, professeur	
	MASSÉ, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE BIÈRE

18, RUE DU PEUGUE, 18

1937

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA RUPTURE DES PYOSALPINX EN PÉRITOINE LIBRE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le mardi 21 Décembre 1937

PAR

Louis-Marie-René BRISBARE

Elève du Service de Santé de la Marine
né à Nantes (Loire-Inférieure), le 28 octobre 1912.

Examineurs de la Thèse

{	MM. GUYOT, professeur	<i>Président.</i>
	DUVERGEY, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
	JEANNENEY, professeur	
	MASSÉ, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE BIÈRE

18, RUE DU PEUGUE, 18

1937

Doyen.....	M. MAURIAC
Assesseur.....	M. LABAT
Doyen honoraire	M. C. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, RIVIERE, BARTHE, DENIGES, BEILLE, CASSAET, CHAVANNAZ, PACHON, C. SIGALAS, SABRAZÈS, BEGOUIN, DUPOUY.

PROFESSEURS

MM.			MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Physiologie.....	FABRE.
Clinique chirurgicale et gynécologique.....	DUPERIE	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie....	ROCHER
Clinique chirurgicale	GUYOT.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	CRUCHET
Pathologie et thérapeutique générales.....	PAPIN.	Chimie biologique et médicale.....	MACHEBOEUF.
Clinique d'accouchements.	CARLES.	Physique médicale et pharmacutique.....	WANGERMEZ.
Anatomie pathologique et microscopie clinique....	ANDERODIAS.	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques.....	BONNIN
Anatomie.....	DAMADE.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....	PETGES.
Anatomie générale et histologie.....	VILLEMIN.	Clin. des mal. des voies urinaires..	DUVERGEY
Hygiène.....	G. DUBREUIL.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE
Médecine légale et déontologie.....	LEURET.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie...	PORTMANN.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale..	LANDE	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Chimie.....	RECKOU	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CREYX
Botanique et matière médicale.....	CHELLE.	Clinique odonto-stomatologique...	DUBECQ.
Pharmacie.....	GOLSE.		
Zoologie et parasitologie..	VITIE		
Médecine expérimentale..	MANDOUL.		
Clinique ophtalmologique.	AUBERTIN.		
	TEULIERES.		

LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).

R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale)

AGRÈGES EN EXERCICE

MM.			MM.
Anatomie.....	N.	Chirurgie générale.....	CHARRIER.
Anatomie.....	DUFOUR.		LOUBAT.
Physiologie.....	N.		MASSE.
			DARGET.
			N.
	PIECHAUD.	Obstétrique.....	RIVIERE.
	DELMAS-MARSALET.	Ophtalmologie	BEAUXIEUX
	DE GRAILLY.	Oto-Rhino-Laryngologie	DESpons
	FONTAN.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
	BROUSTET.	Physique médicale.....	N.
	DERVILLEE.	Chimie générale pharmacutique et toxicologie...	N.
	N.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.			MM.
Anatomie.....	J. BEAUVIEUX.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Physiologie.....	PETITEAU.	Physique médicale et pharmacutique	AURIAC.
Médecine opératoire.....	JEANNENEY.	Médecine légale	DERVILLEE
Accouchements	RIVIERE.	Urologie	DARGET
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Botanique.....	GIRARD.
Ophtalmologie.....	CARANNES (en congé)	Bactériologie.....	MOUREAU
Puériculture	FAUGERE	Législation pharmacutique.....	POPLAWSKI.
Pharmacie galénique	MESNARD.	Chimie minérale.....	CASTAGNOU.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes..... M. N.

Le Secrétaire de la Faculté: ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE
DE MON PERE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
MORT AU CHAMP D'HONNEUR
DE MES SŒURS HELENE ET JANE
DE MON JEUNE FRERE LIONEL

A MON GRAND-PERE

A MA MERE

*Bien faible témoignage de
mon immense amour filial.*

A MON BEAU-PERE

A MON FRERE

A TOUTE MA FAMILLE

A MES CAMARADES DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL CAZAMIAN

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF FERRET

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX ET DE LA FACULTE

A MES JUGES

AU DOCTEUR DARMAILLACQ

Qui nous inspira ce sujet.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE ET GYNÉCOLOGIQUE
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-ANDRÉ
VICE-PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Qui nous a fait le très grand
honneur de bien vouloir prési-
der cette thèse.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

La complication du pyosalpinx que nous voulons étudier ici a été considérée pendant longtemps comme un phénomène rare. De multiples travaux l'ont mieux fait connaître et l'on estime aujourd'hui que c'est un accident redoutable, suffisamment rencontré dans la pratique chirurgicale, pour qu'il soit nécessaire d'en posséder une thérapeutique efficace basée sur un diagnostic précis.

Depuis la première observation, due à Gendrin et publiée seulement onze ans après, les idées ont beaucoup varié, surtout en ce qui concerne le traitement. L'étiologie, l'anatomo-pathologie, la pathogénie de la rupture des pyosalpinx en péritoine libre sont bien connues. Elles ont été longuement étudiées dans les travaux de Huet, Sabadini, Petroff. Nous voudrions seulement préciser certains points de l'étude clinique et du traitement en nous basant en particulier sur l'examen des observations rapportées recueillies à Bordeaux, et sur un travail du D^r Darmaillacq du service de clinique chirurgicale du P^r Guyot.

Disons de suite que nous entendons par pyosalpinx « toute collection purulente développée dans la cavité d'une trompe à orifice abdominal oblitéré » (Forgue).

Sous le nom de rupture, on comprend deux ordres de processus : le premier d'ordre purement mécanique, l'ouverture se faisant par éclatement de la poche purulente distendue ; le second d'ordre infectieux et nécrotique aboutissant à communication avec le péritoine libre par salpingite perforante due à un germe d'une particulière virulence.

Dans le premier cas, nous aurons le plus souvent affaire

à un pyosalpinx de volume important, mais à flore microbienne peu dangereuse et quelquefois même, à pus stérile. Dans le second cas, on pourra observer des péritonites extrêmement graves à évolution rapide, dues à la rupture d'un pyosalpinx que son faible volume aurait fait croire inoffensif, gravité qui sera d'autant plus redoutable que le germe est plus virulent et le péritoine moins préparé par des irritations antérieures.

Il existe un troisième mécanisme.

« Rappelons-nous l'évolution des grossesses extra-utérines. La trompe peut laisser suinter du sang à une période très précoce et donner naissance, sans autre incident, à une collection pelvienne. (Hamant, *Bull. Soc. gyn. et obst.*, 1933, p. 433).

» Nous savons aussi que trop souvent il y a rupture par excès de distention et usure de la paroi déformée par une grossesse ectopique, mais nous avons tous constaté que par le pavillon tubaire pouvait s'échapper dans l'abdomen un œuf plus ou moins entier sans qu'il y ait lésion des parois.

» Il est logique de penser que les collections suppurées peuvent parfois évoluer de même. »

Et Hamant donne deux observations à l'appui de ses dires.

Par les définitions ci-dessus, nous éliminons les péritonites d'origine génitale dues à l'écoulement d'un liquide purulent par le pavillon sans qu'il y ait de lésion de la trompe.

A côté des cas typiques, il en existe de plus embarrassants comme le fait remarquer Huet : Le pyosalpinx n'a-t-il pas été rompu au moment de l'intervention ? Et il en rapporte un exemple net.

Enfin nous ferons rentrer dans le cadre des ruptures en péritoine libre les perforations qui, bien que se produisant en péritoine cloisonné au début, s'ouvrent secondairement dans la grande cavité.

Sans vouloir étudier l'étiologie, nous ne pouvons aborder ce sujet sans insister sur ce fait que ce n'est pas une complication rare. Petroff en a réuni 150 cas. R. Duval en cite 26 cas en dix ans. Le D^r Ferran en a opéré 3 en une année à Bordeaux.

SYMPTOMATOLOGIE

Syndrome péritonéal chez une femme ayant un passé gynécologique, tel est le tableau qui se présente le plus souvent au chirurgien.

On se trouve en présence d'une malade qui souffre atrocement du ventre. La douleur a débuté brusquement, affreuse, en coup de poignard. La malade peut quelquefois la situer à un côté du bas-ventre. C'est le début classique. Bien souvent il sera modifié, la douleur n'étant pas apparue aussi brusquement et occupant une situation variable. Gatellier cite un cas où la douleur était épigastrique. Le P^r Guyot a vu une malade ressentir le maximum de ses douleurs dans les lombes au point de simuler un phlegmon périnéphrétique.

Bientôt apparaissent les vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux et verdâtres. Pour Pétroff et J.-L. Faure, ils seraient cependant moins fréquents que dans les péritonites d'origine digestive. Delépine a vu un cas où vomissements, douleurs abdominales et fièvre faisaient complètement défaut.

L'arrêt des matières et des gaz est précoce s'il existe. Kreiss cite le cas d'un ténésme subit, sur un rectum vide, chez une femme hospitalisée dans son service pour pyosalpinx, ténésme qui coïncidait avec une douleur brutale survenue à l'occasion des mouvements faits pendant que les infirmières refaisaient son lit.

Dans les observations III, V, XII, la diarrhée remplaçait la constipation.

Ces signes fonctionnels importants s'associent à un état

général toujours atteint, mais à des degrés divers. A côté des cas dans lesquels la température est à 39° avec pouls à 110 très bien frappé, facies anxieux mais lucidité parfaite, on peut observer des malades très choqués. C'est alors le grand tableau des perforations viscérales décrit parfaitement par Mondor.

Le facies est nettement péritonéal, les yeux sont excavés, les traits tirés, la voix est cassée, les extrémités sont froides, on peut voir du hoquet. Le pouls est rapide et faible, accompagnant une température à 40°, 40°5. Parfois il y a dissociation du pouls et de la température, ce qui se voit surtout dans les cas graves.

Plus rarement les malades sont véritablement intoxiquées et prennent un masque terreux; elles sont dans un état de prostration marquée, leur pouls est misérable; la température est très élevée ou voisine la normale..

Nous verrons l'importance de ces signes généraux pour le choix de la technique opératoire.

Que trouve-t-on à l'examen physique ?

Du côté de l'abdomen : un ventre qui ne respire pas, rétracté, en bateau. Dans quelques observations, on note au contraire un ballonnement du ventre. Il est peu fréquent, mais existait, très marqué, dans le cas de la malade de l'observation VI. Il était léger dans l'observation XII.

La palpation est extrêmement douloureuse, on note souvent une hyperesthésie cutanée et le chirurgien doit s'employer à rassurer la malade et procéder avec la plus grande douceur s'il veut tirer de son examen le maximum de renseignements, en particulier en ce qui concerne la zone où la contracture est la plus accentuée.

Cette contracture maxima de siège génital constitue à elle seule une sérieuse indication pour le diagnostic étiologique de la péritonite, mais elle n'est que rarement constatée et le plus souvent on se trouvera en présence d'une contracture généralisée, donnant la sensation de véritable ventre de bois.

Cette contracture manque quelquefois. Loyer (*Archives de médecine et pharmacie navales*) cite le cas d'une femme accouchée depuis huit jours, où il n'y avait aucune défense musculaire. La percussion ne donne aucun renseignement sérieux et l'on doit procéder à l'appareil génital.

L'examen gynécologique donne souvent la clef du diagnostic.

Du côté du col, on peut noter des lésions métritiques qui poussent vers un examen plus approfondi des annexes. Parfois on a pu noter un col entr'ouvert, comme dans le cas rapporté par Fournier à la Société d'obstétrique et de gynécologie (3 décembre 1934), où la rupture d'une pyosalpinx s'était produite au cinquième jour d'un avortement infecté.

Les culs-de-sac latéraux sont douloureux au toucher, ils sont quelquefois bloqués par une masse annexielle de volume très variable, mais très douloureuse. L'utérus est immobile et toute mobilisation provoque des gémissements.

En arrière, le Douglas est extrêmement douloureux et son examen arrache un cri à la malade, signe sur lequel Douay a particulièrement insisté, mais qui est inconstant. Il est négatif dans l'observation IV. Remarquons cependant que dans ce cas il s'agissait d'un pyosalpinx droit. Or ce sont surtout ceux-ci qui évoluent vers l'abdomen, leur évolution n'étant pas favorisée comme dans les pyosalpinx gauches par le cloisonnement du sigmoïde.

Il existe cependant un signe pathognomonique de la rupture d'un pyosalpinx : c'est l'affaissement de la poche constatée à un examen antérieur. C'est un signe malheureusement rare, le pyosalpinx étant souvent inconnu du chirurgien appelé d'urgence chez une malade qu'il n'a jamais vue. D'autre part, Lapeyre et Kreiss citent chacun un cas de malade chez laquelle ils ont trouvé opératoirement un pyosalpinx rompu alors qu'à l'examen génital le pyosalpinx ne présentait aucune modification.

Dans beaucoup de cas, les constatations gynécologiques

sont peu en rapport avec la gravité du syndrome observé. Un cul-de-sac douloureux et un peu empâté, une sensibilité anormale au toucher sont parfois les seuls renseignements fournis par cet examen. Ils sont suffisants quelquefois pour guider le chirurgien sur le diagnostic exact. Parfois l'examen est complètement négatif (comme dans l'observation IV).

On conçoit avec quelle facilité, dans ces cas, le diagnostic s'égare vers les autres appareils.

DIAGNOSTIC

Dans toute péritonite par perforation appendiculaire, perforation d'un ulcus gastrique, d'une cholécystite suppurée, ou de faits plus rares de perforation intestinale, il existe des signes cardinaux.

La douleur : en général brusque, subite, très violente.

La contracture de la paroi, localisée, puis généralisée.

L'immobilité du ventre pendant les mouvements respiratoires.

La disparition rapide de la matité préhépatique.

« Ce serait une erreur grossière que de méconnaître la valeur de ces signes d'alarme et de faire, avec la famille, le diagnostic d'indigestion, de colique hépatique ou néphrétique, et de l'aggraver en donnant un purgatif et de la morphine » (Lejars).

On élimine la *torsion d'un kyste de l'ovaire* qui peut donner un *shock* extrêmement violent, avec symptôme d'hémorragie interne après un début subit par douleur syncopale.

Les phénomènes péritonitiques antérieurs peuvent facilement être interprétés d'une façon erronée.

En général cependant, ils sont trainants, sans fièvre, ou combinés à des poussées de température très modérées, mais simulent facilement une crise appendiculaire ou une poussée de pelvi-péritonite, le Douglas étant douloureux.

C'est la notion d'une tumeur antérieurement connue, qui

a brusquement augmenté de volume et que l'on perçoit à l'examen abdominal et génital. C'est là le renseignement majeur que l'on puisse avoir : le kyste de l'ovaire augmente de volume, le pyosalpinx diminue. Les vomissements sont moins marqués, les signes hémorragiques le sont davantage. La réaction péritonéale n'est généralement pas grave (Mondor).

Enfin la laparotomie lèvera tous les doutes.

LE DIAGNOSTIC DE LA RUPTURE DE GROSSESSE TUBAIRE ROMPUE.

On a d'abord la notion de grossesse possible : un retard de règles, parfois très court, mais suffisant pour éveiller l'attention. Augmentation du volume des seins, modification du caractère, vomissements.

Si c'est une multipare, la malade sait qu'elle est enceinte, mais elle se rend compte qu'elle n'est pas normale comme dans les grossesses antérieures. Elle peut ressentir des douleurs, plus ou moins nettes, dans le bas-ventre, quelques pertes anormales peuvent se voir, de teinte « sépia », de faible abondance.

Le syndrome d'hémorragie interne est très marqué. La pâleur est quelquefois mortelle, la malade a des bourdonnements d'oreilles, entend des sons de cloche, elle a soif.

Le toucher reconnaît une masse latérale douloureuse et dure. Si la brutalité du début peut rappeler la rupture d'un pyosalpinx, les phénomènes péritonéaux manquent.

DANS L'HÉMATOCÈLE ENKYSTÉE OU L'HÉMATOSALPINX.

Le toucher vaginal donne la notion d'une masse diffuse, importante, qui remplit complètement les culs-de-sac postérieur et latéraux, refoulant le col en avant, masse de consistance ferme qui n'est que peu douloureuse.

Si la température est un peu élevée, elle ne l'est jamais

d'une façon inquiétante. L'histoire des règles et la ponction au Douglas conduisent au diagnostic sûr.

L'HÉMATOCÈLE INFECTÉ.

La fièvre n'apparaît qu'après une certaine période et l'évolution de la maladie s'est faite en deux temps. Il y a eu une première phase de phénomènes aigus et tout est rentré dans l'ordre, quand la température se met à monter et le pouls à devenir rapide.

On sent une collection abdominale de volume important, mal limitée, pseudo-fluctuante, très douloureuse.

La laparotomie montre qu'il s'agit de sang et de caillots noirs, d'odeur plus ou moins fétide.

Il faut bien dire cependant que si l'on ne connaît pas la malade, le diagnostic est difficile. L'importance de l'interrogatoire est extrême.

La notion des retards de règles est capitale, mais dans les pyosalpinx on observe souvent des modifications de celles-ci. Une malade de Chevassu s'étant cru enceinte avait pratiqué sur elle des manœuvres intra-utérines. Dans le sens opposé, on peut quelquefois observer des écoulements sanguins par le vagin.

Tous les éléments qui caractérisent le tableau clinique du shock ou de l'hémorragie s'observent aussi bien dans le cas de rupture de pyosalpinx que dans la rupture de grossesse extra-utérine.

Seule l'hypothermie fait défaut dans le pyosalpinx (Huet).

Mais si les renseignements physiques peuvent donner le change, la clef du diagnostic est à l'examen génital minutieux. On doit s'attacher à faire préciser à la malade, rapidement, son histoire gynécologique. Elle a pu être soignée pour affection gonococcique.

Elle a pu avoir des pertes abondantes, verdâtres, tachant

le linge, dans un passé plus ou moins lointain. Elle peut se souvenir avoir eu des phénomènes de cystites.

Plus récemment, elle a pu être obligée de restreindre ses fatigues, se sentant des douleurs abdominales, bien que ce ne soit pas tellement fréquent : on conçoit qu'un pyosalpinx ne puisse guère s'ouvrir dans le péritoine libre que dans la mesure où celui-ci n'a pas réagi depuis longtemps en formant des adhérences.

Dans son passé obstétrical, on se préoccupera de rechercher aussi avec soin les grossesses passées, les circonstances et les complications des accouchements. Parfois on peut retrouver la notion d'un ou de plusieurs avortements, qui présente un très gros intérêt.

D'autres fois, la malade est trop fatiguée pour pouvoir subir un interrogatoire sérieux. Le mari ou l'entourage peuvent quelquefois donner des renseignements intéressants qui, sans avoir une importance absolue, peuvent cependant mener vers une sérieuse présomption.

L'APPENDICITE AIGUE.

Constitue le diagnostic le plus fréquemment porté. C'est avec cette étiquette que rentrent, le plus souvent, les malades à l'hôpital ou à la clinique.

Il est certain que les causes d'erreurs sont multiples, les signes différentiels souvent réduits à peu de chose et même absents entièrement parfois.

Si on a affaire à une malade intelligente et qui, sans être névropathe, a remarqué le siège précis de la douleur au début, la variation dans son acuité, on peut apprendre que le siège était au point de Mac Burney et le début progressif, plus souvent qu'en coup de poignard comme dans la rupture d'un pyosalpinx, bien que ceci soit assez schématique.

La palpation prudente pourra localiser le point précis

de la douleur ou son maximum au point de Mac Burney, un peu haut situé pour une affection génitale.

La contracture peut présenter son maximum plus bas que ne le comporte une appendicite classique ; elle est notée assez basse dans l'observation V.

Mais c'est là un signe souvent difficile à apprécier si l'on ne voit pas la malade immédiatement après le début de la crise, mais qui a néanmoins une valeur importante s'il est nettement trouvé.

Si l'examen gynécologique révèle un cul-de-sac un peu douloureux, comblé par une masse annexielle, on peut arriver au diagnostic, sinon absolu, au moins de probabilité.

Si cet examen est négatif et que les anamnestiques n'indiquent rien de net, l'erreur est impossible à éviter entre un pyosalpinx droit rompu et une appendicite aiguë. L'observation IV est une démonstration.

Le diagnostic se fait alors sur la table d'opération : on tombe sur du pus libre, après incision latérale droite. L'appendice est sain ou présente des lésions inflammatoires qui ne suffisent pas à expliquer la gravité des phénomènes observés ; on prolonge l'incision si c'est nécessaire ou on laparotomise si les annexes droites sont saines. On peut alors apprécier la cause des accidents sur la vue d'un pyosalpinx d'où s'écoule du pus. La poche est plus ou moins flasque, plus ou moins affaissée, selon que la pointe de perforation est large ou minime.

LA PERFORATION D'UN ULCÈRE GASTRIQUE.

Dans ce cas, la douleur initiale est violente et brutale, mais elle a un siège souvent caractéristique. Si elle devient plus diffuse dans la suite, il n'en reste pas moins qu'elle a siégé d'une façon plus ou moins nette à l'épigastre, parfois un peu à droite, avec souvent irradiation vers les épaules ou la base du cou, d'autres fois avec irradiations dorsales.

Ce siège fait forcément penser à une origine gastro-duodénale.

Si l'on fouille tant soit peu l'histoire de la malade, on arrive dans la majorité des cas à trouver des indices certains d'affection gastrique. Ils existent dans deux tiers des cas d'après Lejars et font faire le diagnostic. C'est souvent une vieille histoire ulcéreuse que l'on apprend, avec douleurs fixes, de siège bien défini, revenant chaque jour avec un horaire caractéristique, puis disparaissant pendant une période de guérison apparente pour revenir ensuite dans les mêmes conditions que précédemment. Plus rarement, on découvre que c'est une histoire toute récente. La malade n'a pas présenté de crises à cycle typique, mais elle souffrait cependant depuis quelques jours. Le siège de la douleur reste le point le plus important de l'histoire. Les signes généraux sont différents de ceux d'une perforation de pyosalpinx. Si le facies est anxieux et les traits un peu tirés, la température reste normale, le pouls lui-même est bien frappé, son rythme est peu modifié, au moins dans la phase première et il se passe facilement 12 heures avant qu'on observe des troubles importants de ce côté.

L'examen physique donne également des renseignements précieux s'il est pratiqué de très bonne heure. Dans ces conditions, une palpation très minutieuse et très douce peut faire apprécier un maximum sus-ombilical de la contracture, mais c'est un signe non seulement difficile à apprécier, mais encore trompeur, car il dépend dans une bonne mesure du calme de la malade examinée. La percussion montre un caractère important. C'est la présence d'une zone sonore, trouvée à la place de la matité hépatique, signe qui n'a pas été rencontré dans la rupture du pyosalpinx et qui est caractéristique d'une perforation gastrique ou d'une lésion intestinale. Elle signe l'existence d'un pneumopéritoine.

Nous passerons sous silence l'examen radiologique qui

ne peut être pratiqué dans un cas demandant une thérapeutique immédiate.

Si l'indication opératoire est absolue aussi bien dans le cas de perforation d'ulcères que dans celui de rupture de pyosalpinx, le diagnostic est important à connaître puisque la voie à choisir diffère dans les deux cas.

PERFORATION EN PÉRITOINE LIBRE D'UNE CHOLÉCYSTITE CALCULEUSE.

Les péritonites auxquelles la cholécystite calculeuse donne naissance sont faciles à écarter du diagnostic si on a la notion d'une ancienne histoire lithiasique.

Les douleurs très violentes par lesquelles a commencé la crise ont souvent reçu comme traitement un peu de morphine, comme pour les crises antérieures. On note que le siège de la douleur était nettement sous-hépatique, les irradiations se dirigeaient vers l'épaule droite ou dans le dos.

L'examen pratiqué très tôt donne un renseignement précieux en montrant une zone de contracture sus-ombilicale, sous la région hépatique.

L'intervention pratiquée d'urgence permettant de pratiquer un examen systématique des voies biliaires montrera en premier lieu l'état de la vésicule sur laquelle on pourra noter une perforation nette, sans que cette perforation soit constante. « On sait aujourd'hui, grâce aux laparotomies plus nombreuses, qu'il y a des péritonites biliaires par diffusion, semblables à celles de l'appendicite, et aussi tout un groupe de faits qu'il est convenu de réunir sous le nom de péritonites biliaires sans perforation » (Lejars).

Après avoir reconnu l'état de la vésicule, on poursuivra l'opération par l'étude du cystique et du cholédoque et même du pancréas. C'est là qu'on trouvera parfois la clef du diagnostic, avant de passer en revue les autres appareils

pour découvrir la cause d'une péritonite sur laquelle on n'est pas encore très fixé. On pourra ainsi trouver un calcul du cholédoque ou une pancréatique hémorragique, cette dernière éventualité n'étant que bien rare chez une femme.

LA PERFORATION TYPHIQUE.

Ne peut être confondue avec une rupture de pyosalpinx dans des cas classiques : femme soignée pour dothiériente faisant brusquement une variation marquée de température avec accélération du pouls, phénomènes accompagnés d'une douleur brutale à l'abdomen avec contracture de la paroi, sonorité préhépatique. Mais on peut tout ignorer de l'état antérieur, au mode de début de la maladie, l'examen génital étant négatif on se perd en conjectures sur l'origine possible de la péritonite avant la laparotomie.

C'est alors qu'on découvre une ou plusieurs perforations de l'iléon ou du cæcum sur des plaques de teinte rouge foncée.

Par contre, on a vu opérer une femme pour perforation typhique, alors qu'on trouva un pyosalpinx rompu (Gailard et Chapus), ce qui fut presque une satisfaction pour le chirurgien, étant donnée la gravité du pronostic des perforations typhiques.

PERFORATIONS INTESTINALES NON TYPHIQUES.

Elles peuvent se produire sur une ulcération d'origine tuberculeuse au niveau ou au-dessus d'un rétrécissement.

Dans le premier cas, il peut s'agir d'une perforation siégeant sur une anse grêle, exceptionnellement sur le gros intestin.

Leur diagnostic étiologique ne semble pas pouvoir être fixé et l'on opère avec le diagnostic de péritonite lorsque l'on tombe sur un liquide qui résulte d'un mélange de pus

et de matières fécales ce qui fixe l'origine intestinale de l'affection.

Dans le second cas, on découvre à la laparotomie un pus sanieux qu'on peut attribuer après examen de l'intestin à un rétrécissement « néoplasique, fibreux (congénital ou inflammatoire), ou encore combiné à un diverticule de Meckel » (Lejars). Disons encore la possibilité de perforation au niveau d'un corps étranger, ou d'un ulcère simple de l'intestin.

Tous ces cas sont très peu fréquents et le seul moyen d'avoir le diagnostic est d'aller voir les lésions.

En dehors de toute histoire de la maladie, on ne peut juger que sur l'état de l'appareil génital et de l'intestin.

L'OCCLUSION INTESTINALE AIGUE.

Elle peut un instant donner le change si l'on considère la brutalité de la douleur initiale de siège variable, l'angoisse, le facies, les nausées ou les vomissements, l'arrêt du transit intestinal, le ballonnement possible dans les deux cas. Mais on ne peut attribuer à une occlusion simple une température qui s'est élevée rapidement à 39°. En dehors de la contracture, un examen plus approfondi montrera une douleur qui n'est pas aussi ardente que celle de la péritonite, un ballonnement qui s'accroît progressivement. Quelquefois des ondes intestinales. La paroi n'a pas la réaction péritonéale intense de la rupture d'un pyosalpinx.

En somme, on ne peut tout mettre sur le compte d'une occlusion et on est amené à en chercher l'origine que la laparotomie fixera en l'absence de signes génitaux.

PÉRITONITES PUERPÉRALES.

Elles peuvent se rencontrer soit après un avortement, soit après un accouchement. Dans l'observation XIV, on aurait pu y songer.

Mais nous avons plus à faire dans ces cas à des phénomènes infectieux que péritonéaux après un début plus ou moins violent.

Ils surviennent le plus souvent plus tard que dans l'observation mentionnée : du 5^e au 10^e jour environ. C'est plus souvent un phlegmon par diffusion du péritoine (Lejars) qu'une péritonite diffuse. Et dans ce dernier cas, le diagnostic est peu important à faire d'un pyosalpinx rompu, puisque la thérapeutique sera souvent la même, conduisant à l'hystérectomie. Le vu des lésions levant en tous cas tous les doutes.

En résumé, le diagnostic de la rupture de pyosalpinx est extrêmement difficile à établir si l'on ne possède pas l'histoire génitale de la malade. Un examen minutieux et systématique révélant des lésions annexielles conduiront cependant souvent à un diagnostic de péritonite d'origine salpingienne.

Mais s'agit-il d'une péritonite diffuse par issue de pus par le pavillon de la trompe, d'une crise un peu sérieuse de pelvi-péritonite ou d'une véritable rupture de pyosalpinx ?

La péritonite diffuse par issue de pus à travers l'ostium abdominale paraît d'un diagnostic difficile.

En sa faveur, on signale la date récente d'une infection gonococcique dont on trouve les marques locales. Mondor note la rareté des vomissements, l'arrêt incomplet des matières et des gaz, quelques signes pelviens (vésicaux, rectaux), un visage coloré, rouge, violacé. La contracture est peu marquée, inégalement ressentie. L'examen vulvo-vaginal montre une muqueuse rouge, purulente, douleur sous-urétrale et douleur à la mobilisation utérine. Sur ces signes d'infection récente et de péritonite peu marquée, on doit penser à une péritonite gonococcique que confirmera un examen bactériologique. Le traitement médical, repos au lit, glace sur le ventre, suffira comme dans une

pelvi-péritonite banale à amener la sédation des phénomènes.

Mais quel danger ne court-on pas de laisser passer le bon moment pour une intervention si le diagnostic est énoncé?

La pelvi-péritonite sera le diagnostic à serrer de plus près. Sa thérapeutique est l'opposée de celle de la rupture du pyosalpinx d'où l'importance de la question.

Du côté gynécologique, aucune renseignement à espérer, à moins qu'on ait la chance rare de constater l'affaissement d'une poche salpingienne.

Du côté abdominal, les signes sont infidèles.

Seule, la gravité de signes généraux, pouls, température, facies, s'associant à l'intensité extrême de la douleur et de la contracture, liée à un début brutal peuvent imposer au chirurgien l'intervention.

Tels sont les principaux problèmes que la rupture des pyosalpinx posent au chirurgien.

D'autres fois, on a opéré pour pyosalpinx rompu et on s'est trouvé en présence d'une rupture d'un kyste suppuré de l'ovaire, d'une pelvi-péritonite enkystée suppurée.

En réalité, ceci est sans grande importance pratique. La seule erreur vitale consiste à temporiser en pensant à une pelvi-péritonite. Nous avons vu comment l'éviter.

Le diagnostic est en somme très délicat si l'on veut qu'il soit étiologique; son importance, diminuée du fait des indications opératoires absolues, est intéressant cependant du fait de la technique opératoire à employer.

EVOLUTION

Elle peut être extrêmement rapide réalisant la « fulminating péritonitis » des Américains, avec décès en 24 ou 48 heures. C'est exceptionnel, et le plus souvent la péritonite évolue en 4 à 5 jours. Dans les cas les plus favorables, on a vu des guérisons obtenues par intervention au 8^e jour.

Si, anatomiquement, on a pu constater une tendance à la limitation du processus, il n'existe pas dans la littérature de cas nets de guérison spontanée comme on le voit dans l'ulcère perforé bouché.

L'observation XII montre que la perforation du pyosalpinx était partiellement obturée par le rectum et de fausses membranes.

PRONOSTIC

Il est fatal si l'on n'intervient pas, dans le cas contraire la guérison dépend de beaucoup de facteurs :

Précocité de l'intervention.

Nature du germe en cause.

Technique opératoire.

Cause de l'ouverture de la poche : rupture ou perforation.

Crises antérieures.

Dimensions de l'orifice d'où sort le pus.

Terrain.

Quel est le rôle respectif de ces facteurs ? Il est bien difficile de le savoir, vu la rareté des cas superposables.

Mettons à part la question du terrain qui joue un rôle évident; il semble que la précocité de l'intervention soit au moins aussi importante que le germe en cause bien qu'il faille de toute façon redouter particulièrement le streptocoque et le colibacille, ainsi que le montre le tableau récapitulatif ci-joint donné par Petroff.

Nature des germes	Petroff	Labke	Total	Guérisons	Morts
Streptocoque	7	6	13	6	7
Colibacille	3	7	10	5	5
Gonocoque.....	1	2	3	3	
Staphylocoque	1	1	2	2	
Entérocoque (probable) ..	1		1		1
B. d'Eberth	1		1	1	
B. de Koch		1	1	1	
Divers	2		2	1	1
Stérile.....		5	5	5	

La mortalité est de 53 % pour le streptocoque et de 50 % pour le colibacille. On conçoit la nécessité d'un examen bactériologique si l'on veut comparer des statistiques opératoires. Très souvent, il n'est pas pratiqué, les malades étant opérés d'urgence; ceci explique en partie les résultats différents obtenus par des chirurgiens également compétents avec les mêmes techniques.

La perforation ou la rupture du pyosalpinx n'ont un

pronostic différent que du fait de la virulence du germe. Atténué pour la rupture, il est capable de nécroser dans la perforation. Delepine insiste sur l'extrême gravité de la perforation gangréneuse d'un pyosalpinx qui peut être d'un volume minime.

Du côté du péritoine, il est certain qu'un germe virulent arrivant dans un péritoine neuf, n'ayant jamais été « vacciné » par des irritations antérieures, sans adhérence, donnera naissance à un incendie beaucoup plus sévère que dans le cas où il s'agit d'une rupture d'un vieux pyosalpinx que la main de l'opérateur vient ouvrir accidentellement.

Loïmaru montre combien est grave la perforation d'un pyosalpinx en pleine évolution en citant douze cas avec 8 morts alors que sur dix cas de rupture traumatique il note 7 guérisons.

Ajoutons que Huet fait jouer aussi un rôle qui n'est pas négligeable à la brutalité de l'ensemencement et à l'abondance du pus.

Quant aux modifications pronostiques apportées par la technique chirurgicale elle sera étudiée au chapitre suivant.

TRAITEMENT

PRÉVENTIF.

Il se résume en une surveillance médicale de la femme atteinte de pyosalpinx. Le repos complet en attendant l'intervention.

CURATIF.

Il relève uniquement de la chirurgie. C'est un traitement qui doit être appliqué d'urgence. Aucune contre-indication ne peut exister. L'état général même très atteint, la situation n'est jamais désespérée et l'on a pu voir des résurrections parfaitement inattendues.

Les interventions proposées sont des opérations de drainage simple ou d'exérèse.

Cette exérèse allant de la simple salpingectomie à l'hystérectomie totale. Les intermédiaires étant la salpingectomie bilatérale et l'hystérectomie subtotale.

Pour drainer le pus abdominal, deux voies s'offrent pour le chirurgien : voie basse, c'est la colpotomie, opération très simple, mais aveugle, aux résultats si irréguliers qu'elle est très peu en faveur.

DRAINAGE SIMPLE APRÈS LAPAROTOMIE.

La voie sous-ombilicale réunit tous les suffrages, que le drainage soit obtenu par un tube ou un Mikulicz.

Cette méthode de drainage simple a été surtout défendue par Sabadini et Constantini d'Alger qui rapportent cinq guérisons sur six cas. Ils comparent la rupture d'un pyosalpinx à la perforation d'un ulcère gastrique que l'on traite par enfouissement ou gastrectomie large, lui attribuant cependant le mérite supplémentaire à sa méthode de donner des guérisons non seulement temporaires, mais définitives, contrairement à ce qui se passe en chirurgie gastrique.

La méthode s'appuie sur les résultats opératoires. Pour notre part, nous rapportons 5 cas de drainage simple par Mikulicz avec 2 morts. Mais dans ces deux cas, l'intervention n'avait été pratiquée que dans des cas désespérés.

Elle a pour elle sa simplicité, sa rapidité. Elle réalise dans une certaine mesure l'isolement des organes malades de la cavité coelomique, si l'on a soin de séparer celle-ci du bassin d'une façon étanche.

« On a ainsi une intervention minima, mais qui répond complètement au but poursuivi qui est de drainer et de désinfecter » (Sabadini).

Cette méthode est encore un moyen de se tirer d'affaire dans les cas très difficiles. Par exemple le cas de Haller, qui ayant ouvert le ventre dix-huit heures après le début de la crise, tombe sur « un petit bassin plein de masses inflammées, unies entre elles par un véritable gâteau d'adhérences, au milieu duquel il est difficile de distinguer quoi que ce soit. Les adhérences rompues saignent abondamment. La malade ne va pas bien ». Il est certain que dans un tel cas on ne peut songer à entreprendre une exérèse qui s'annonce si pénible. Par le drainage à la Mikulicz et gros tube de caoutchouc, il obtint la guérison.

Enfin Sabadini signale des guérisons définitives obtenues par cette méthode, quelque paradoxal que cela puisse paraître.

Haller estime que la grande amélioration des lésions pelviennes, métritiques et annexielles constatée est due surtout à ce que la péritonite a été l'avertissement de la nécessité pour la malade de faire soigner des lésions négligées.

Quels sont les reproches faits à ce procédé ?

Théoriquement d'abord, il est contraire aux règles de la chirurgie abdominale moderne qui veut que soit supprimée la cause de la péritonite.

Elle est contraire au principe, dit P. Duval, qui lui impute une mort dans sa belle statistique parue en 1934 dans le *Bulletin de la Société nouvelle de chirurgie*.

Okynzyc dit de Sabadini qu'il « extériorise la trompe, agrandit l'orifice abdominal, l'exprime... et la replace dans le ventre en appliquant un Mikulicz ».

Ensuite il est bien certain que les organes laissés en place sont susceptibles de nécessiter une seconde intervention; tel est le cas de deux des trois malades ayant guéri de leur première opération.

L'observation I montre que l'ancien pyosalpinx était devenu pachysalpingite scléreuse, mais qu'il restait au côté opposé un autre pyosalpinx.

L'observation V montra qu'à la seconde intervention on se trouva en présence de masses annexielles importantes qui faisaient souffrir la malade.

Les résultats, enfin, ne sont pas bons. Pétroff donne dans sa statistique une mortalité de 66 %.

Retenons cependant que c'est un procédé peu choquant qui peut être employé avec des chances de succès dans les cas très graves. Il répond à un besoin du chirurgien d'aller très vite chez une malade dont l'état général et local ne permet aucune exérèse.

LA SALPINGECTOMIE UNILATÉRALE.

Elle constitue la minima des opérations d'exérèse.

Elle jouit d'une certaine faveur qui se comprend si l'on considère la brièveté de l'opération ; elle réalise aussi un traitement étiologique avec un minimum de traumatisme opératoire. Les statistiques donnent un pourcentage de guérisons : 10 sur 11 cas à P. Duval. Pétroff donne 21 sur 29 cas. Michon et Sabadini, 1 guérison sur 1 cas.

Dans l'observation du P^r agrégé Massé, 1 guérison. C'est une opération conservatrice séduisante, mais elle suppose des lésions unilatérales, avec utérus et annexe opposée sains. Elle ne garde sa valeur que si les conditions opératoires sont bonnes, c'est-à-dire qu'il n'y ait pas de grosses adhérences ou à peu près nulles, et à condition d'être suivie d'un bon drainage avec Mikulicz et drain dans le Douglas.

Cette chirurgie conservatrice a permis à Duval et Ameline d'observer 1 cas de grossesse chez une de leurs opérées.

LA CASTRATION BILATÉRALE.

Elle ne se comprend bien que si l'ablation des trompes est chose facile. Dans le cas contraire, le procédé américain d'hystérectomie subtotale prend une supériorité nette.

D'autre part, si les annexes sont malades, l'utérus l'est souvent aussi et le chirurgien aura la main forcée même s'il est parti avec l'idée de faire le strict minimum.

Les résultats sont excellents, la mortalité qui résulte des observations de Pétroff est seulement de 11 %, mais ce sont là des cas précocement opérés. P. Duval a eu 9 succès sur 9. Lésions bilatérales dont l'extirpation est facile chez une malade peu choquée; telles sont ses indications.

L'HYSTÉRECTOMIE SUBTOTALE.

Elle réalise un traitement rationnel, s'attaquant à l'origine même de l'infection. Le pyosalpinx n'est que l'aboutissant d'un processus inflammatoire ascendant. L'utérus ne peut jamais être considéré comme sain : on sait à quelles difficultés se heurte la thérapeutique d'une métrite. L'examen des pièces opératoires montrent les lésions de l'organe.

On le trouve gros, mou, parfois fibromateux (4 à 10 % des cas). On n'a pas intérêt dans ce cas à laisser en place un organe septique.

Si l'on ajoute que dans 21 % des cas (chiffre du service de clinique chirurgicale du P^r Guyot), les lésions sont bilatérales du côté des annexes, on voit quels avantages on peut tirer de l'hystérectomie. Fournier a rapporté à la Société Française de gynécologie et d'obstétrique deux cas dont le rapprochement est très démonstratif.

Dans le premier cas, une castration unilatérale a eu raison d'une rupture de pyosalpinx à pus stérile.

Dans le second, cet accident coïncidait avec un avortement infecté. L'hystérectomie amena la guérison, bien que l'examen du pus ait montré la présence de colibacille et d'entérocoque (obs. XIII).

En dehors de ces avantages théoriques, l'hystérectomie subtotale présente des avantages pratiques sérieux dans beaucoup de cas de trompe perforée adhérente. L'ablation en est grandement facilitée par le procédé américain, le décollement se montrant souvent beaucoup plus facile. Enfin les résultats sont excellents (P. Duval, 100 % de guérisons).

La question la plus importante est de savoir si l'état de la malade le permet. L'hystérectomie rapide à la Kelly ne paraît pas très choquante, comme l'observation publiée par Michon en donne une preuve manifeste (Société de chirurgie, 17 janvier 1934).

« L'état paraît désespéré, le facies est livide, le pouls est incomptable », dit l'observation. A l'intervention, on tombe sur un pus fétide très abondant. Il pratique une hystérectomie subtotale rapide; Mikulicz. L'examen de la pièce opératoire montre un utérus ramolli contenant des débris placentaires. La malade supporta très bien l'opération et guérit de sa péritonite. Elle mourut plus tard d'accidents pulmonaires attribués à une tuberculose ancienne.

L. Michon, après avoir exposé sa statistique opératoire, conclut que l'hystérectomie, faite rapidement, sans position déclive, sans péritonisation, avec un large Mikulicz, ne paraît pas plus grave qu'une simple ablation de trompe.

En outre, elle présente le gros avantage de permettre un drainage parfait en fendant la lèvre postérieure du col, méthode logique puisqu'elle réalise le drainage au point déclive. Il complète heureusement le Mikulicz qui intervient moins dans le drainage que dans le cloisonnement du petit bassin.

Enfin les résultats sont bons puisque P. Duval relève 5 guérisons sur 5 hystérectomies subtotaies.

Michon note 3 guérisons sur 4 (la mort étant imputable à une broncho-pneumonie). Dans les observations citées, nous relevons 3 guérisons sur 4 cas, encore s'agissait-il dans ce dernier cas d'une femme obèse, syphilitique, ayant une aortite.

L'HYSTÉRECTOMIE TOTALE.

Elle représente une opération radicale, défendue par Lenormand, et Lecène et Leriche (*Thérapeutique chirurgicale*, t. III, 1926). La totale est particulièrement indiquée à cause de l'importance des lésions de métrite du col, et les résultats sont plus parfaits quand on enlève le col.

D'autre part, le drainage réalisé est parfait. C'est une méthode théoriquement excellente, mais on ne doit pas perdre de vue que nous sommes en chirurgie d'urgence

où « le mieux est l'ennemi du bien ». C'est une opération grave, plus longue, plus choquante que l'hystérectomie sub-totale. Elle ne peut être appliquée au traitement d'un pyosalpinx rompu que dans des cas très limités où la malade présente des lésions importantes avec un bon état général. Elle est loin de la formule de P. Duval : « ablation génitale minima, mais nécessaire ». Mieux vaut guérir sa malade en deux temps que de la tuer en un », comme le dit Grégoire.

DRAINAGE.

Le Mikulicz présente des avantages incontestables qui sont étudiés tout au long dans la thèse de Buge (Bordeaux, 1926).

Attaqué par Huet, Duval et Ameline, Lenormant, il semble qu'associé à un drain vaginal, il donne d'excellents résultats (obs. VIII, X, XI, XII).

Michon donne les résultats comparés suivants :

	Cas	Guérisons	Morts	Mortalité
Tube abdominal seul ..	23	17	6	26 %
Mikulicz seul	14	11	3	21 %
Mikulicz + tube abdominal	4	2	2	50 %
Mikulicz + tube vaginal.....	3	3	0	0
Tube vaginal seul.	1	1	0	0

TECHNIQUE OPERATOIRE

Le diagnostic peut être hésitant entre l'appendicite aiguë et la rupture d'un pyosalpinx. Le mieux est alors de commencer par l'incision latérale du type Roux ou Mac Burney et vérifier l'état de l'appendice. Cette voie, dit Haller (Société des Chirurgiens de Paris), a l'avantage d'être plus directe et surtout de restreindre le brassage des anses grêles et d'éviter la diffusion du pus dans toute la cavité péritonéale. Pour cette même raison, l'anesthésie sera menée très doucement.

Si c'est la trompe droite qui est malade, on peut l'enlever par la même incision prolongée, comme cela a été fait dans l'observation IV.

Si c'est impossible, on ferme cette première incision pour faire la laparotomie médiane.

Il est bon pour cela de laisser la table d'opération horizontale, position qu'on ne transformera en Trendelenburg qu'une fois le pus parfaitement aspiré dans les moindres recoins et après une protection soigneuse de la grande cavité.

L'intervention terminée, la malade sera mise dans un lit préalablement bien chauffé; on lui donnera la position de Fowler.

L'évolution se fait généralement d'une façon rapide vers la guérison par la chute progressive de la température. Le pouls se ralentit et le facies change d'une façon surprenante.

Il faut cependant craindre la phlébite, qu'on pourra en partie prévenir par l'administration systématique de qua-

tre grammes de citrate de soude par jour, et les complications pulmonaires souvent très graves, qu'on préviendra en évitant le moindre refroidissement.

Les soins postopératoires sont ceux de toutes les péritonites, avec injections de sérum antistreptococcique si ce germe est en cause.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (D^r CHARBONNEL, 1930).

Rupture de pyosalpinx. — Péritonite. — Mikulicz.

Hystérectomie secondaire. — Guérison.

M^{me} B..., 42 ans, grasse, soignée à Arcachon pour bacillose pulmonaire légère.

A été colpotomisée en 1927 par le docteur Hautefort (Paris), mais aurait refusé à ce moment l'opération radicale.

Depuis huit jours, douleurs abdominales et température à 40 et 41 degrés.

Dans la matinée du 26 avril 1930, douleur assez brutale, pas cependant en coup de poignard.

Vue l'après-midi : ventre de bois ; température, 40 degrés ; pouls, 132 ; au toucher vaginal, blocage, mais pas de saillie du cul-de-sac postérieur.

26 avril : première intervention à 17 heures (neuf heures après la douleur, après lavage d'estomac). — Anesthésie générale. Ventre plein de pus lié, à odeur colibacillaire ; nettoyage. Laparotomie médiane. Dans le fond, à droite, on voit une poche grosse comme une pomme, mais crevée, vide et flasque, très adhérente. Tout le petit bassin est bloqué.

Vu l'état de la malade, on se contente d'un Mikulicz.

Suites. — Injections hypodermiques ; intraveineuses de sérum salé.

Cependant, les gaz ne sont émis qu'au quatrième jour. La température baisse dès le 28, tout en restant à 37°9. Suppu-

ration ; ventre souple. Selles le 3 mai. Ablation du sac au douzième jour. Cicatrisation.

En juin : la température reste à 37°8 le soir ; l'utérus est bloqué.

En juillet : de même ; quelques douleurs et, une fois, issue de pus par le vagin (col)...

En août : de même ; urines troubles. Le docteur Sauvé voit la malade à Paris et conseille l'opération radicale.

13 septembre : deuxième intervention. — Anesthésie générale. Laparotomie médiane. Nombreuses adhérences. Bassin bloqué par une pachy-salpingite droite et un pyosalpinx gauche.

Hystérectomie de droite à gauche (de ce côté, le petit bassin est pelé, l'uretère et les vaisseaux à nu). Mikulicz.

Examen histologique : Salpingite banale, pas de tuberculose visible.

Suites. — Normales. Ablation du sac au dixième jour. Plus de température à partir du 27 (quatorzième jour).

Guérison le 25 octobre. Revue en excellent état en décembre.

Bonnes nouvelles en 1932.

Considérations. — La rupture a eu lieu dans un péritoine déjà « vacciné » par des poussées antérieures. Mais l'exérèse d'emblée (hystérectomie) paraissait hasardeuse (état local et état général). A la deuxième intervention, le pyosalpinx droit rompu était devenu une pachysalpingite scléreuse ; mais il restait à gauche un autre pyosalpinx.

OBSERVATION II (D^r CHARBONNEL, 1932).

Rupture de pyosalpinx. — Mikulicz. — Guérison.

M^{me} V..., 32 ans, métro-annexite ancienne.

Fièvre et douleurs depuis dix jours. Douleur intense à 9 heures. Vue à 15 heures : ventre de bois partie inférieure ; nausées ; pouls, 120 ; température, 39°6.

Diagnostic : Péritonite aiguë, probablement par rupture de pyosalpinx.

Intervention. — Laparotomie médiane. Ventre plein de pus libre. Aspiration. Rien à l'appendice. On voit dans le bassin, bloqué par des adhérences, une poche collée à la paroi ; par un orifice, du pus fait issue. On étanche ; nettoyage à l'éther. Mikulicz.

Suites. — Normales. Guérison au bout de 1 mois 1/2. A ce moment, au toucher, utérus immobilisé, culs-de-sac sensibles. Pas de température.

On propose l'opération après une phase de repos de deux mois, mais la malade est perdue de vue.

OBSERVATION III (Prof. agrégé MASSÉ).

M^{me} T... (Germaine), 23 ans. Entre à l'hôpital le 29 juin 1933, dans le service du docteur Charbonnel, parce qu'elle souffre du ventre depuis quatre jours.

La douleur a débuté violemment à gauche, puis s'est étendue à tout le ventre, s'accompagnant de vomissements, diarrhée, oligurie.

Il existe des antécédents annexiels très nets.

Intervention immédiate. Diagnostic préopératoire : Appendicite aiguë (Opérateur : Prof. agrégé Massé ; aide : Fournier).

Anesthésie générale à l'éther. Incision latérale droite. On trouve d'abord du liquide bouillon sale, qui vient du petit bassin ; les anses intestinales sont dépolies, rouges.

L'appendice est sain, mais on trouve, au milieu d'adhérences extrêmement serrées, un pyosalpinx droit, d'où sourd un flot de pus que l'on assèche à l'aspirateur.

La malade étant dans un état très misérable, on n'essaie pas l'extirpation, et on place un Mikulicz au contact.

Mort sur la table.

OBSERVATION IV (Prof. agrégé MASSÉ).

M^{me} P... (Louise), journalière, 26 ans, demeurant au Vigean, par Eysines (Gironde), entre à l'Hôpital Saint-André, le 3 avril 1926, salle 8, lit 7.

Entre à l'hôpital parce qu'elle souffre du ventre. En mai 1925, crise douloureuse dans la fosse iliaque droite, sans vomissements ; va à la selle ; la crise dure douze heures.

Le 2 avril, deuxième crise douloureuse à localisation dans la fosse iliaque droite. Vomissements bilieux. Constipation. La crise dure jusqu'à l'entrée de la malade à l'hôpital, mais est calmée par la glace.

A l'examen, contracture dans la fosse iliaque droite, un peu plus bas que le point de Mac Burney. Pas de sensation de plastron. Le toucher vaginal ne donne rien. Au toucher rectal, le cul-de-sac n'est pas douloureux. Température, 38 degrés. Etat général bon. Pouls à 100.

On pense à une appendicite, qui a commencé il y a moins de vingt-quatre heures, et ne s'accompagnant pas encore de plastron. Aussi, il semble que l'indication opératoire soit nette.

Opération le 3 avril (Opérateur : Prof. agrégé Massé ; aide, Dr Lafargue). — Anesthésie : Ether. Technique : Salpingectomie.

Incision de Walther. Le péritoine ouvert, on trouve du séropus dans tout le ventre. Se portant vers l'appendice, on trouve celui-ci libre, un peu vasculaire, et pas manifestement malade. Appendicectomie sans enfouissement, ligature au fil de lin. On voit du pus sortir du cul-de-sac de Douglas ; on trouve à droite une annexite volumineuse, baignant dans le pus du petit bassin. L'examen montre que la trompe seule est malade et présente une perforation ; aussi on se borne à une salpingectomie droite.

Suites normales ; pas de température.

OBSERVATION V (Dr BARTHÉLEMY, de Sarlat).

D... (Catherine), Polonaise, 30 ans.

Entre dans le service d'isolement des maladies infectieuses du professeur Sabrazès le 10 janvier 1937, avec le diagnostic de fièvre typhoïde. Il est impossible d'avoir le moindre rensei-

gnement sur l'histoire de la maladie et les antécédents, la malade ne parlant pas français.

Il y a des signes intestinaux importants : diarrhée, température oscillant autour de 38°-38°5.

Point douloureux et empâtement iliaque droit, qui font penser un instant à une appendicite, mais le toucher montre un col entr'ouvert et des culs-de-sac douloureux et empâtés.

Curage digital, qui ramène des débris placentaires.

La température persiste. Le 27 janvier, frissons, altération progressive de l'état général en trois ou quatre heures. Sur le diagnostic de péritonite généralisée d'origine génitale, la malade est transférée Hôpital du Tondu, salle F.

Intervention immédiate par laparotomie médiane.

A l'ouverture du péritoine, issue de pus ; le pelvis est bloqué par des masses annexielles très adhérentes ; le pus provient de la trompe droite perforée. Aspiration soignée du pus, Mikulicz.

La malade sort guérie le 24 mars 1937.

Il persiste au toucher des masses annexielles très douloureuses, et la malade rentre à l'hôpital le 30 avril, où elle subit une hystérectomie subtotala sans incidents le 2 mai.

Exéat le 20 mai 1937.

OBSERVATION VI (D^r André LAPORTE).

L..., 38 ans, hospitalisée Hôpital du Tondu depuis quatre jours, et soignée pour métro-annexite.

Le 13 août 1934, douleur violente dans le bas-ventre, vomissements bilieux répétés ; jusque-là, la température oscillait autour de 38 degrés. Au moment de la crise, température à 39. Pouls à 140.

A l'examen, abdomen très ballonné, très douloureux, surtout dans la région sous-ombilicale, avec défense musculaire. Pas de disparition de la matité hépatique. La malade n'avait pas rendu de gaz depuis le début des accidents ; facies nettement péritonéal.

Au toucher, Douglas [']excessivement douloureux et cartonné; on ne peut individualiser l'utérus.

Le 14 août, le docteur Laporte voit la malade et intervient immédiatement, vingt-quatre heures après le début.

Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie médiane. Quelques fausses membranes à l'ouverture du ventre. Sous les anses intestinales, pus bien lié, jaunâtre, remplissant le bassin. Aspiration complète avant de mettre en Trendelenburg.

Protection du ventre. Trendelenburg pas très accusé. On voit que le pus provient d'un pyosalpinx droit rompu.

Hystérectomie totale assez facile. Mikulicz. Drain et mèches vaginales par le vagin laissé ouvert.

Décès quarante-huit heures après.

OBSERVATION VII (D^{rs} LAUMONNIER et DARMAILLACQ).

Ar... (Françoise), 25 ans, venant de Cenon, entre le 5 mai 1934, salle 3 *bis*, lit 15, dans le service du docteur Charbonnel.

Depuis deux semaines, elle garde le lit, traitée par son médecin pour abcès appendiculaire. Le début, assez imprécis, s'est fait par une douleur iliaque droite.

A l'examen, plastron abdominal s'étendant à la fosse iliaque droit depuis le pubis jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le reste du ventre est souple.

Au toucher vaginal, culs-de-sac droit et postérieur comblés par une masse douloureuse assez dure; perte complète de la mobilité utérine.

Température, 38°2. Pouls, 100. Facies bon.

Nous pensons à un abcès appendiculaire pelvien, et, comme rien ne bombe suffisamment dans le Douglas pour justifier une colpotomie immédiate, nous laissons la malade à la glace.

Le lendemain, état stationnaire. Le soir, à 6 heures, douleurs brusques, contracture généralisée, apparition extrêmement rapide de signes péritonéaux de la plus haute gravité.

Pouls filant, à 130; yeux excavés; nez pincé; dyspnée.

Intervention immédiate. Anesthésie à l'éther (Opérateur : P. Laumonnier ; aide : Darmaillacq) : Laparotomie médiane sous-ombilicale. Dès l'ouverture du péritoine, issue du pus ; on découvre un énorme pyosalpinx droit recouvert de fausses membranes, largement perforé. L'utérus est invisible. On ne peut songer à faire une exérèse, même limitée, devant l'importance des lésions locales et la gravité de l'état général. Mise en place d'un Mikulicz ; fermeture rapide aux fils de bronze. Décès quelques heures après, dans la matinée du 7 mai.

OBSERVATION VIII (D^r FERRAN).

Femme de 55 ans, ayant des antécédents très nets, d'annexite depuis plusieurs mois.

Au cours d'une pelvi-péritonite typique, exagération brusque des signes péritonéaux. Le 13 janvier 1936, à 7 heures du matin, douleur violente à gauche, vomissements, altération de l'état général. Transportée à l'Hôpital Saint-André le 14 janvier 1936, à 18 heures, trente-six heures après le début des accidents graves.

A l'examen, signe de péritonite généralisée, avec contraction sous-ombilicale très nette. Arrêt des gaz, vomissements. Pouls à 120, petit ; température à 38°5 ; très mauvais état général.

Au toucher : Col bloqué, culs-de-sac remplis par des masses très douloureuses.

Etant donnés les signes physiques, on porte le diagnostic de péritonite généralisée d'origine génitale, et on décide d'intervenir.

Intervention le 14 janvier à 20 heures. — Anesthésie générale : éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Dès l'ouverture du péritoine, issue de pus couleur marron, légèrement fétide. On explore le petit bassin, qui est rempli par un double pyosalpinx présentant de nombreuses adhérences, à droite avec le fond du cæcum et à gauche avec le sigmoïde. Sur la

face antérieure du pyosalpinx gauche, il existe une perforation de la largeur d'une pièce de cinquante centimes, par laquelle s'écoule une quantité abondante de pus.

Libération des adhérences avec la paroi pelvienne et à l'intestin. Hystérectomie totale de droite à gauche, très pénible. Mikulicz abdominal et drainage vaginal par un drain et caoutchouc. Fermeture en trois plans.

Suites. — La malade est très choquée après l'opération, mais le lendemain le pouls est mieux frappé. On enlève les mèches le cinquième jour et le sac le quinzième. Le drain vaginal, qui donne abondamment au début, est enlevé le douzième jour.

Après l'ablation du sac, la cicatrisation se poursuit normalement, et la malade quitte l'hôpital le 5 mars.

OBSERVATION IX (D^r FERRAN).

Femme de 38 ans, obèse syphilitique, présentant une aortite avec soufffle systolique de la base et un long passé génital, avec plusieurs crises de pelvi-péritonite.

Au cours de la dernière crise de pelvi-péritonite, douleur très violente dans la fosse iliaque droite, altération de l'état général, arrêt des gaz.

Transportée d'urgence à l'hôpital Saint-André le 15 avril 1936, avec le diagnostic de péritonite généralisée.

A l'examen, contracture sous-ombilicale très nette ; pas de disparition de la matité hépatique.

Au toucher, utérus bloqué par des masses bilatérales très douloureuses, comblant les culs-de-sac latéraux et le cul-de-sac postérieur.

Température, 39°5. Pouls, 130, mal frappé.

On porte le diagnostic de péritonite généralisée, probablement d'origine génitale, et on décide d'intervenir.

Intervention le 15 avril 1936 (D^r Ferran). — Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Pus

dans la cavité péritonéale. L'exploration des organes génitaux montre deux pyosalpinx relativement libres dans l'abdomen, sans adhérences intestinales. Le droit présente une perforation minuscule, par laquelle s'écoule le pus.

Hystérectomie subtotale relativement facile. On fend la lèvre postérieure du col, de façon à passer un drain dans le vagin. Pas de péritonisation. Mikulicz abdominal.

Suites. — Pendant les premiers jours qui suivent l'opération, la malade a des suites à peu près normales, mais la température reste élevée et le pouls rapide. On enlève les mèches le cinquième jour, le sac le onzième jour. Le drain vaginal est expulsé spontanément le quatorzième jour. La température reste élevée et le pouls rapide.

Le vingtième jour : frissons ; température à 40° ; oligurie.

Dosage de l'urée sanguine : 4 grammes. Polypeptides : 110 milligrammes.

Le vingt-troisième jour, hématomèse très importante de sang rouge, avec méléna.

Le vingt-cinquième jour, nouvelle hématomèse et mort.

OBSERVATION X (Docteur FERRAN).

Femme de 28 ans, envoyée d'urgence le 15 décembre 1936 à l'hôpital Saint-André, avec le diagnostic d'appendicite aiguë.

Début le 14 décembre, en pleine santé, par une douleur brusque dans la fosse iliaque droite. Deux heures après le début, vomissements. Un médecin est appelé, qui porte le diagnostic d'appendicite aiguë et l'envoie à l'hôpital.

A son entrée à l'hôpital, contracture dans toute la région sous-ombilicale, mais avec un maximum très net dans la fosse iliaque droite.

Au toucher vaginal : culs-de-sac empâtés, mobilisation utérine douloureuse, maximum de douleur dans le cul-de-sac latéral droit. Température, 38°5 ; pouls, 110.

On porte le diagnostic de péritonite probablement d'origine appendiculaire, et on décide d'intervenir.

Intervention le 15 décembre 1936. — Anesthésie générale à l'éther. Incision de Mac Burney. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule du pus. L'appendice est macroscopiquement sain. On fait une appendicectomie. Fermeture de l'incision de Mac Burney. Laparotomie médiane sous-ombilicale. On voit un double pyosalpinx et, par l'orifice abdominal de la trompe, du côté droit, il s'écoule du pus.

On fait une hystérectomie subtotale par le procédé américain, de gauche à droite, assez facile, car la poche n'est pas adhérente à l'intestin.

On fend la lèvre postérieure du col, de manière à établir un drainage vaginal. Mikulicz abdominal.

Suites très simples. Guérison.

OBSERVATION XI (D^r FERRAN).

M^{me} T..., 54 ans, entre à la clinique gynécologique de l'hôpital André-Boursier le 22 janvier 1937, envoyée par son médecin, le docteur Pène.

Début le 22 janvier 1937 par des douleurs brusques dans la fosse iliaque droite, avec syncope, mausées. La malade reste couchée chez elle jusqu'à l'arrivée du médecin.

Il y a un mois environ, la malade a présenté une crise analogue, avec douleurs violentes dans la fosse iliaque droite. La crise a duré deux ou trois jours, et depuis elle a conservé une vague douleur dans le bas-ventre.

Antécédents personnels. — Femme ménopausée, sans antécédents génitaux.

Examen. — Défense musculaire très nette dans le bas-ventre, surtout dans la fosse iliaque droite, qui est très douloureuse à la palpation.

Au toucher vaginal, douleurs dans le cul-de-sac droit et dans le Douglas, qui est légèrement empâté. Température, 37°9. Pouls, 100. On pense à une appendicite aiguë, et on intervient immédiatement.

Anesthésie générale à l'éther. Incision de Mac Burney. A l'ouverture du péritoine, issue de pus jaunâtre, non fétide. L'appendice est sain. Appendicectomie. On s'aperçoit que le pus vient du petit bassin. Fermeture de l'incision de Mac Burney. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le petit bassin est cloisonné par la sigmoïde, attirée à droite, qui obture en partie une perforation de la dimension d'une pièce de un franc, au niveau d'un pyosalpinx droit peu volumineux, partiellement affaissé et en position haute.

Hystérectomie subtotalaire par le procédé américain de gauche à droite. Mikulicz. Drainage vaginal.

Suites. — Normales. Sort de l'hôpital le 13 mars 1937.

OBSERVATION XII (D^r DARMAILLACQ).

M... (Madeleine), 34 ans, entre à l'hôpital le 15 novembre 1936, envoyée par son médecin, dans le service du professeur Dupérié, pour un état fébrile à 38°5-39°, durant depuis huit jours.

A l'examen, malade prostrée, ventre douloureux dans la région sous-ombilicale, très légèrement ballonné.

Diarrhée fréquente et pouls rapide.

Au point de vue des antécédents génitaux, on ne peut rien savoir de très précis, et la malade agirme avoir eu ses règles le mois précédent ; cependant, il semble probable qu'il y ait eu des manœuvres intra-utérines.

Au toucher, col mou, légèrement entr'ouvert ; corps utérin augmenté de volume.

Cul-de-sac latéral gauche rempli par une grosse masse douloureuse, bombant dans cul-de-sac, et séparée de l'utérus par un sillon.

A son arrivée dans le service de médecine, la malade a eu un abcès de fixation et une hémoculture.

Le soir, à 16 heures, on décide d'intervenir, bien que la température ait légèrement baissé, en raison des signes périto-

néaux plus accusés : diffusion de la douleur, contracture légère, mauvais facies, et on pense à une rupture de pyosalpinx. La malade est transférée dans le service du professeur Guyot.

Opération le 15 novembre 1936 (Dr Darmaillacq ; aide : M. Laval). — Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Pas de pus à l'ouverture du péritoine. A gauche, le petit bassin est cloisonné par de fausses membranes purulentes. A peine cherche-t-on à explorer les annexes que la poche s'ouvre. Aspiration du pus. Hysytérectomie subtotal de droite à gauche, par le procédé américain, ce qui permet d'enlever le pyosalpinx, qui adhère au sigmoïde. L'utérus est friable, en très mauvais état. Mikulicz. Drainage déclive transcervical.

Examen du pus : pus à streptocoques (après culture Laval). A l'ouverture de l'utérus, pas de débris placentaires.

Suites opératoires. — La température se stabilise dès le lendemain entre 37°5-38°. Le pouls descend de 130 à 80 et ne monte guère au-dessus de 70. La malade reste néanmoins assez fatiguée.

Le 13 novembre, on enlève le sac.

Le 15 novembre, la température se met à monter, et il apparaît un léger œdème à la malléole gauche.

Le 17, une phlébite franche se déclare, avec température à 38°5, pouls à 110.

Immobilisation du membre. La température et le pouls recommencent à descendre.

Le 28 novembre, on enlève le drain.

Le 29, douleur brusque à la base pulmonaire gauche, dyspnée violente, pouls à 110, douleurs lombaires et douleur rénale très nettes à la pression. Urines troubles. Traitement par révulsion et ventouses scarifiées.

Au bout de quatre à cinq jours, la température redevient normale.

Evolution normale de la phlébite. Immobilisation pendant quarante jours sans incident.

Exéat le 15 janvier 1937. Guérison.

OBSERVATION XIII (A. HAMANT).

Femme de 39 ans, régulièrement réglée, dont les antécédents génitaux ne présentaient rien de particulier. Cette femme, le 16 décembre dans la matinée, ressentit subitement une douleur aiguë, brutale, dans la fosse iliaque droite.

Son médecin, appelé d'urgence, la vit quelques heures après et nous l'adressa immédiatement sous la rubrique « appendicite aiguë ». Après un trajet assez mouvementé, la femme nous arriva fatiguée, prostrée, mais se plaignant uniquement d'une douleur intense dans le flanc droit qui était contracturé. La température était aux environs de 38°5, le pouls vers 120.

Nous décidâmes d'intervenir immédiatement et nous avons pratiqué une incision de Galaguiier qui nous montra du pus au milieu des anses intestinales, un appendice apparemment sain, légèrement rosé.

Nous étions sur le point de fermer cette incision et de pratiquer une laparotomie, quand, en déprimant la partie inférieure de la plaie, nous constatons l'existence d'une masse violacée noirâtre qu'après examen nous reconnûmes être une trompe distendue.

De son pavillon s'écoulait une collection jaune verdâtre qui se déversait sans arrêt dans le bassin.

Nous parvîmes facilement à saisir cette trompe et extirpâmes également l'ovaire sous-jacent.

Après aspiration attentive du contenu du bassin, nous nous sommes contentés de drainer à l'aide d'un long et gros tube de caoutchouc. Les suites furent très simples, la température descendait régulièrement et, après quatre jours, nous n'avions plus de craintes au sujet de l'évolution de cette affection.

La malade devait quitter la clinique le 27 décembre, mais, le jour de son départ, elle ressentit une douleur au niveau du mollet droit. La racine de la cuisse augmenta de volume rapidement et considérablement, et devint violacée : une phlébite s'était déclarée, qui tourna court, heureusement, grâce à l'application précoce et répétée de sangsues.

Le 16 janvier, la malade rentrait chez elle, ne conservant pas de troubles notables au membre inférieur gauche. Nous rappelons que nous avions enlevé la trompe droite.

OBSERVATION XIV (FOURNIER).

Le 14 septembre 1932, une femme est adressée à l'école des sages-femmes pour avortement infecté. Dans les antécédents, on note un avortement au 4^e mois, il y a 10 ans, terminé par un curettage, la malade aurait été, en outre, traitée pour annexite il y a déjà quelques années, et un médecin aurait constaté à ce moment une petite tumeur annexielle gauche. Elle se dit parfaitement guérie depuis et n'aurait plus jamais souffert du bas-ventre.

Les règles étaient toujours régulières d'un rythme de quatre semaines, de durée et d'abondance normale, les dernières datent du 8 mai.

Du 30 juillet au 5 août, elle perd un peu de sang et se plaint de vagues douleurs dans le bas-ventre, puis tout rentre dans l'ordre jusqu'au 14 septembre, où les douleurs reprennent violemment, bientôt suivies d'une hémorragie assez abondante qui amène la malade au service. A l'admission, elle saigne légèrement, la température est à 38°, le pouls à 100.

A l'examen, on trouve un fœtus en voie d'expulsion. Du côté des annexes on ne trouve rien de particulier. Un curage digital, difficile, est nécessité pour enlever le placenta qui donne lieu à un saignement. Une heure après, frisson durant 30 minutes. Température à 39°5. Pouls à 130.

Les jours suivants, la température oscille entre 38 et 40°. Le pouls entre 100 et 120. Les pertes vaginales sont abondantes, très fétides.

L'état général reste néanmoins bon, et la malade ne se plaint d'aucune douleur.

Le 19 septembre, le 5^e jour après l'avortement, et, à partir de 11 heures du matin, elle ressent des tiraillements doulou-

reux dans la fosse iliaque gauche. Vers 2 heures de l'après-midi, et après une selle abondante, les douleurs augmentent d'intensité et de fréquence, mais restent supportables. Vers 4 heures, la malade accuse subitement une douleur extrêmement violente, du côté gauche du bas-ventre, douleurs qui se répéteront dans des intervalles de plus en plus courts, et qui commenceront bientôt à irradier vers la région ombilicale.

A ce moment, les traits sont un peu tirés — cris toutes les deux ou trois minutes. Température : 39°8. Pouls : 110. Les gaz passent, pas de vomissements. L'abdomen est un peu ballonné, très sensible dans toute la région ombilicale, et la malade défend à la palpation tant soit peu appuyée. La région sus-ombilicale est libre.

Au toucher, le col est largement perméable au doigt. L'utérus n'est pas à délimiter avec précision à cause de la sensibilité de l'abdomen. Sa mobilisation arrache des cris. Les culs-de-sac sont un peu sensibles avec un vague empâtement à gauche.

Au début de ces accidents, le diagnostic hésite entre une pelvi-péritonite et une rupture de pyosalpinx. On penche pour cette dernière, vue la brutalité des phénomènes, et on envisage une intervention.

Une heure plus tard, une nouvelle selle et des gaz. Pas de vomissement. L'aggravation est nette : facies péritonéal, malade en sueur, poussant des hurlements toutes les minutes. Pouls : 125. Ballonnement de tout l'abdomen. Sensibilité et défense ont gagné l'étage supérieur. Dans l'étage inférieur, la sensibilité est telle que le moindre attouchement arrache des cris.

Le diagnostic de péritonite en vue de généralisation ne fait plus de doute. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule un liquide purulent qui semble venir du bassin. Utérus de 3^e mois, mou, œdématisé, rouge. Une adhérence épiploïque couvre le fond du col utérin. L'appendice rougi par la réaction de voisinage adhère à la face postérieure de l'utérus. Les annexes gauches sont rabattus dans le Douglas, la trompe forme un pyosalpinx

de la taille de deux doigts, l'extrémité ampullaire coiffant un ovaire agrandi et rougi. Le tout entouré de membranes purulentes. Entre le bord externe de l'ovaire et une partie du pavillon tubaire détaché, on constate une brèche d'environ 1 cm. de long, quelques mm. de large, à travers laquelle suinte un pus crémeux.

La pression sur la trompe fait sourdre un jet de pus.

A droite, les annexes présentent des lésions de salpingite ancienne, la trompe ne contient pas de pus. L'état particulier d'œdème et de rougeur de l'utérus nous faisant supposer une infection concomitante de l'utérus, je rappelle que nous sommes au 5^e jour d'un avortement infecté. On décide l'hystérectomie, non pas totale vue la difficulté due à la longueur et la profondeur du col, l'œdème, la fragilité et la vascularisation des tissus. Le col ouvert permettra le drainage vaginal. L'hystérectomie subtotal est sanglante en sectionnant le ligament large. On extrait un thrombus de 2 cm. de long. Hémostase rapide. Drainage abdominal par Mikulicz, vaginal par drain. Fermeture en un plan.

Suites. — La malade est d'abord assez choquée, puis se remet petit à petit.

Exéat 32^e jour après l'intervention.

La culture du liquide prélevé montre une association d'entérocoque et colibacille.

OBSERVATION XV (MICHON).

Une jeune femme M. T., 23 ans, entre à la Charité le 11 janvier 1929 avec un syndrome évident de péritonite généralisée. Facies livide, pouls incomptable, vomissements brunâtres, contracture généralisée.

Malgré un état qui me paraît désespéré, je décide d'intervenir.

Intervention anesthésiée à l'éther. — Laparotomie sous-ombilicale. Pus fétide plein le ventre, le pus vient des deux

trompes. Hystérectomie subtotale rapide. Mikulicz. L'examen de la pièce montre un utérus ramolli sans perforation, contenant des débris placentaires, d'autre part, un pyosalpinx bilatéral avec rupture de la poche gauche.

J'ai pu revoir la malade 15 jours après, elle allait très bien. J'ai pourtant appris ultérieurement qu'elle était morte tardivement d'accidents pulmonaires qui furent attribués à un réveil de tuberculose ancienne.

CONCLUSIONS

I. La rupture du pyosalpinx en péritoine libre constitue un accident grave, et que tout chirurgien observe de temps à autre.

II. Le diagnostic en est souvent difficile. On doit y penser chez une femme atteinte de péritonite généralisée présentant des antécédents annexiels nets.

Le principal danger consiste à croire à une pelvipéritonite et se borner à une expectative. Seule la gravité des signes généraux fournit l'indication opératoire absolue.

Croire à une appendicite, une grossesse extra-utérine, comme il a été fait, ne constitue pas une erreur sérieuse, pourvu que l'on estime la nécessité d'une intervention immédiate.

III. En présence d'une malade atteinte de péritonite par rupture de pyosalpinx, on doit procéder sur-le-champ à un transfert en milieu chirurgical, chaque heure qui s'écoule assombrit le diagnostic.

IV. La voie à choisir sera la laparotomie sous-ombilicale.

V. Le traitement doit être éclectique, le chirurgien ayant à sa disposition une gamme d'opérations, une véritable « échelle mobile » (Dor), « un clavier thérapeutique » (P. Duval).

Le drainage à la Mikulicz, après assèchement du pus, sera réalisé dans le cas où l'état général de la malade est

très grave, celle-ci ne pouvant supporter une opération d'exérèse, et, dans le cas où les lésions locales sont telles qu'elles rendent une opération plus compétente trop laborieuse et longue, dangereuse chez une malade fatiguée.

La castration unilatérale est réservée aux cas où les lésions sont unilatérales et peu marquées, que l'on peut enlever facilement.

La castration bilatérale, si elle donne des résultats intéressants d'après les statistiques parues (11 % de mortalité), semble devoir être réservée aux cas où, bien que les lésions soient bilatérales, sont de faible importance et facilement extirpables.

Dans tous les autres cas, l'hystérectomie subtotale, moins choquante que l'hystérectomie totale, est la méthode de choix. Donnant à l'opérateur des facilités techniques grâce au procédé américain, elle constitue aussi un traitement rationnel que, complété par un drainage abdominal au Mikulicz et tube vaginal, donne d'excellents résultats.

VI. Les résultats, quelque peu discordants, donnant de 10 à 50 % de mortalité, sont dus à l'extrême variabilité des conditions dans lesquelles on opère pour rupture de pyosalpinx.

VII. La baisse de la mortalité qui fut de 100 % lors des premières observations, qu'on estime actuellement à 27 % pour ne pas dépasser 18 % dans les cas opérés avant la 12^e heure, montrent les énormes progrès réalisés grâce à une intervention chirurgicale systématique et précoce.

SERMENT

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :

Le Doyen,

Pierre MAURIAC

Vu, bon à imprimer :

Le Président.

J. GUYOT.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 14 décembre 1937

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

(Depuis la thèse de Marin A. Pétroff, Paris, 1932.)

- Adinolfi** (V.). — « Observation anatomo-clinique de salpingites kystiques envisagées du point de vue de la rupture spontanée des pyosalpinx » (*Annali di Ostetrica e Ginecologia*, an 58-V, n° 3, 31 mars 1936, p. 363-405, in *C. R. Journal de Chirurgie*, n° 3, septembre 1936).
- Alhaique** (A.). — « La condotta chirurgica nelle peritoniti acute da rottura di piosalpinge » (*Archiv. ed atti d. Soc. ital. di Chir.*, 39, 709, 712, 1933).
- Andreoin** (C.-I.) **et Covali** (N.). — « Pyosalpinx perforating into peritoneal cavity » (*Rev. de Chir. Bucuresti*, 38; 73-79, juillet-août 1936).
- Bercianos** (M.). — « Un caso de pio-salpinx roto en el peritoneo libre » (*Archiv. urug. de med. cir. y especialid.*, 9; 625-628, novembre 1936).
- Costantini** (H.) **et Sabadini** (L.). — « Le traitement des pyosalpinx rompus en péritoine libre » (*Algérie Médicale*, numéro chirurgical, février 1935).
- Darmaillacq et Ferran**. — *Bordeaux Chirurgical*, 1937.
- Dor** (Jacques). — « Sur les péritonites aiguës par perforation de pyosalpinx » (*Le Sud Médical et Chirurgical*, 15 mars 1935).
- Dubroca** (P.). — *Les ruptures de pyosalpinx, en péritoine libre* (thèse, Bordeaux, 1934-35).
- Duval** (Pierre). — « Péritonites généralisées par rupture de pyosalpinx. Complément de statistique » (*Bull. et Mém. de la Soc. nat. de Chir.*, n° 1, 20 janvier 1934, p. 32-33).
- Endreny** (E.). — « Pyosalpinx with traumatic rupture » (*Am. J. Surg.*, 33; 305-306, aug. 1936).

- Folliasson (A.) et Baudry (G.).** — « Rupture du pyosalpinx en péritoine libre. Trois observations » (*Arch. méd. chir. de province*, n° 3, mars 1934).
- Fournier.** — *Soc. Obst.*, décembre 1933, p. 236.
- Ginglier.** — *Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 11 juin 1933.
- Hamant (A.).** — « De l'ouverture spontanée sans rupture des pyosalpinx dans la cavité abdominale » (*Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn.*, 22; 433-434, mai 1933).
- Horine (C.-F.).** — « Spontaneous rupture of pyosalpinx simulating perforated ectopic pregnancy » (*M. J. and Rec.*, 135, 481-482, 18 mai 1932).
- Huet (P.).** — « A propos de la rupture du pyosalpinx » (*Bull. et Mém. de la Soc. nat. de Chir.*, t. LX, n° 2, 27 janvier 1934).
- Jeanneney (G.).** — « Enorme pyosalpinx bilatéral bloqué, hystérectomie par décollation antérieure, salpingectomie rétrograde » (*Bull. de la Soc. Obst. et Gyn.*, 24, 575-576, novembre 1935).
- Loyer (M.).** — « Perforation de salpingite en péritoine libre (Mickulicz). Guérison » (Comm. faite à la Soc. de Chir. d'Alger, de novembre 1932 à novembre 1933, in : *l'Algérie Médicale*, n° 74, février 1934, p. 110).
« Deux cas de rupture de pyosalpinx en péritoine libre » (*Archiv. de Méd. et de Chir. navales*, juillet-août-septembre 1933, n° 3).
- Luthereau.** — *Soc. fr. de Gynécologie*, 19 novembre 1934.
- Marin A. Petroff.** — *Perforation et rupture du pyosalpinx en péritoine libre* (thèse, Paris, 1932, Impr. Mouysset, édit.).
- Massabuau et Guibal.** — « Perforation de pyosalpinx en péritoine libre; hystérectomie subtotale Mickulicz; guérison » (*Bull. Soc. d'Obst. et Gyn.*, 22, 587-590, juin 1933).
- Michon (L.).** — « Statistique opératoire pour ruptures de pyosalpinx » (*Bull. et Mém. de la Soc. nat. de Chir.*, t. XL, n° 2, 27 janvier 1934).
- Molfino (A.-H.), Boero (R.-A.) et Perez Chacon (A.).** — « Piosalpinx abierto espontaneamente en la vejiga » (*Semana Med.*, I, 583-586, 20 février 1936).
- Reeh.** — *Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 3 février 1936.
- Rousseaux (R.) et Vichard (G.).** — *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1933, p. 435.

- Sabadini** (L.). — « Traitement des pyosalpinx rompus, en péritoine libre, avec péritonite généralisée par la méthode conservatrice » (*Presse Médicale*, n° 76, 31 août 1932).
- Soimaru** (A.). — « Péritonites généralisées par rupture du pyosalpinx » (*Gynécologie*, 34, 21-38, janvier 1935).
- Suarez**. — *Contribution à l'étude des ruptures des pyosalpinx en péritoine libre* (thèse, Montpellier, 1933).
- Uebermuth** (P.). — « Rupture de pyosalpinx et abcès tubo-ovarien en considération de la péritonite gynécologique » (*Deutsche zeitsch. f. chirurg.*, 9 janvier 1936, p. 188).
- « La rupture des pyosalpinx et des abcès tubo-ovariens en considération de la péritonite « gynécologique » » (*Deutsche zeitsch. f. chirurg.*, t. 246, fasc. 3-4, janvier 1936, in *C. R. Journ. de Chir.*, n° 3, septembre 1936).
- Vincent** (G.). — « Rupture de pyosalpinx » (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1932).
-

